PROGRAMME PUBLIC DE SERVICES DENTAIRES PRÉVENTIFS

ADAPTATION

MONTÉRÉGIE

Novembre 2000

106-06295/

Auteur
Pierre Corbeil

Secrétariat
Suzanne Fontaine

Conception et réalisation de la page couverture
Bernard Lafleur
Zest graphique

Responsable de la publication et de la diffusion
Nathalie Hudon

La copie tue le livre! *Cette phrase est devenue une maxime dans le domaine de la protection des droits d'auteur. Si ce document vous plaît, c'est peut-être parce que tant sa présentation que son contenu ont été soigneusement traités et ce, avec un souci de qualité digne de ses lecteurs. Copier c'est reproduire, acheter c'est produire!*

Merci!

Pour obtenir une copie de ce document, adressez-vous à :
Madame Ginette Charbonneau
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie
1255, rue Beauregard
Longueuil (Québec)
J4K 2M3
(450) 928-6777

Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Pour les besoins du présent document le terme hygiéniste dentaire désigne aussi les techniciens en hygiène dentaire et les auxiliaires en hygiène dentaire.

SANTECOM (http://www.santecom.qc.ca) : E 15,057

Dépôt légal - 1er trimestre 2001
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-89342-197-0
Prix : 7,00 $

Rédaction et coordination : Docteur Pierre Corbeil, DSPPÉ-RRSSS de la Montérégie

Remerciements

Nous tenons à remercier :
Madame Manon Lazure, CLSC Châteauguay
Madame Sylvie Quintal, CLSC et CHSLD de la Pommeraie
Madame Linda Vermette, CLSC Saint-Hubert
Madame Francine Vincent, CLSC La Chênaie
pour leur participation à l'élaboration du présent document.

Nos remerciements vont également aux membres du Comité de concertation régional en santé dentaire publique de la Montérégie pour leur contribution à la version finale de ce document en l'occurrence :
Madame Lucienne Bolduc, CLSC Saint-Hubert
Monsieur Marc Dionne, CLSC Longueuil-Est
Docteure Chantal Galarneau, DSPPÉ de la RRSSS de la Montérégie
Monsieur André Lavallée, CLSC-CHSLD Champagnat de la Vallée des Forts
Madame Diane Lyonnais, CLSC La Presqu'île
Monsieur Paul Matte, CLSC-CHSLD Champagnat de la Vallée des Forts
Monsieur Luc Morel, DSPPÉ de la RRSSS de la Montérégie
Docteure Julie Trépanier, DSPPÉ de la RRSSS de la Montérégie

Nous tenons également à remercier madame Suzanne Fontaine secrétaire à la DSPPÉ de la RRSSSM pour son excellent et patient travail de traitement de texte.

Mot du directeur

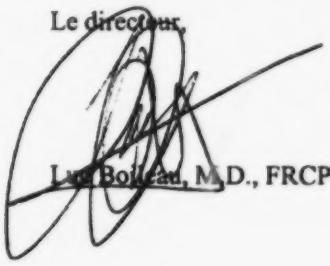
Le *Programme public de services dentaires préventifs* constitue un volet important du Programme régional de santé publique en Montérégie. Il vise la réduction de la moitié du nombre de dents cariées, absentes ou obturées, chez les enfants de 6 à 12 ans. Une adaptation du programme a toutefois été rendue nécessaire à cause de nouvelles données épidémiologiques et de la diversité des applications du programme dans toutes les sous-régions de la Montérégie depuis le milieu des années 1990.

Coordonné et rédigé par le responsable de la santé dentaire de la Direction de la santé publique, le présent document a été élaboré avec la collaboration d'intervenants en santé dentaire de CLSC montérégiens ainsi que des membres du Comité de concertation régional en santé dentaire publique de la Montérégie. Il dégage les éléments incontournables à la base même du programme. L'introduction de l'application des agents de scellement et d'interventions préventives pour les enfants de 0 à 5 ans constituent d'ailleurs les pierres angulaires de ce programme adapté aux nouvelles réalités de la région en matière de santé dentaire.

Rappelons que la réalisation des interventions préventives de ce programme sollicite la collaboration de tous les acteurs impliqués dans la santé dentaire de nos enfants. Leur concours est essentiel à l'atteinte des objectifs visés.

Nous souhaitons que ce document devienne un outil de référence indispensable à l'application du *Programme public de services dentaires préventifs* de manière à améliorer la santé dentaire de tous les jeunes montérégiens.

Le directeur,



Luc Boileau, M.D., FRCPC

Table des matières

Introduction **5**

Liste des annexes **6**

HISTORIQUE **8**

1 PROGRAMME PUBLIC DE SERVICES DENTAIRES PRÉVENTIFS **10**

1.1 Philosophie 10

1.2 Stratégie d'implantation 10

1.3 Ressources 10

1.4 Description du programme 10

1.5 Situation du programme en Montérégie 11

2 NOUVELLES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES EN MONTÉRÉGIE **13**

3 AUTRES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES **14**

4 ADAPTATIONS PROPOSÉES **15**

4.1 Le Programme public de services dentaires préventifs 15

4.2 Révision du Questionnaire de santé 16

4.3 Intégration des agents de scellement 18

4.4 Modalités d'application des agents de scellement 19

4.5 Intégration d'une programmation pour les enfants de 0-5 ans 19

4.6 Pistes de solutions proposées 19

5 ÉVALUATION **21**

6 RECOMMANDATIONS POUR L'IMPLANTATION DU PROGRAMME **22**

CONCLUSION **23**

BIBLIOGRAPHIE **52**

Liste des annexes

ANNEXE 1 **Résumé des interventions privilégiées (1995)** **24**

ANNEXE 2 **Répartition des ressources en hygiène dentaire en 1994** **27**

ANNEXE 3 **Évolution des postes en hygiène dentaire de 1993 à 1999** **29**

ANNEXE 4 **Protocole d'entente** **30**

ANNEXE 5 **Protocole Conditions et techniques d'application des agents de scellement** **33**

ANNEXE 6 **Fiches de compilation des activités** **44**

Introduction

Le Programme régional de santé publique de la Montérégie comporte un volet santé dentaire dont le Programme public de services dentaires préventifs est une composante essentielle.

L'implantation graduelle du Programme public de services dentaires préventifs au milieu des années « 90 » ne s'est pas réalisée d'une façon uniforme au niveau local, de sorte que nous assistons actuellement à une grande diversité d'application du programme dans notre région. Des nouvelles données épidémiologiques révélées par l'Enquête sur la santé dentaire des écoliers de maternelle, deuxième et sixième année en Montérégie en 1996 sont venues jeter un éclairage nouveau sur la problématique. Il est donc devenu nécessaire et impératif d'adapter le programme pour faire face à ces réalités.

Le présent document propose des adaptations qui s'articulent autour du Programme public de services dentaires préventifs, de l'intégration des agents de scellement des fosses et sillons, et de l'intégration d'une programmation en santé dentaire pour les enfants de 0 à 5 ans au programme. Des lignes directrices sur les éléments incontournables et facultatifs du programme y sont définies. On y retrouve enfin des pistes de solutions pour les CLSC aux prises avec des difficultés dans la réalisation du Programme public de services dentaires préventifs.

HISTORIQUE

L'implantation graduelle du Programme public de services dentaires préventifs (PPSDP) a débuté à l'automne 1990 dans les CLSC du Québec. Diverses circonstances ont favorisé son élaboration et son implantation éventuelle.

En 1982, le ministère des Affaires sociales (MAS) réduisait l'enveloppe des services dentaires assurés pour les enfants en amputant le programme de son volet préventif. Les services préventifs gratuits aux enfants devraient désormais être dispensés dans le secteur public (CH-DSC et CLSC). Entre 1975 et 1984, 260 postes d'hygiéniste dentaire ont été créés grâce aux montants versés par le MAS et plus tard par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Par la suite, la Direction de la santé communautaire et des Services à la communauté autochtone du MAS produisait, en juillet 1982, un guide de programme des services dentaires préventifs pour les enfants. Ce guide apportait certaines orientations au programme de santé dentaire. Il prévoyait entre autres des interventions particulières pour les enfants considérés à haut risque de carie dentaire.

Les résultats de l'enquête provinciale de 1983-1984 (Enquête Santé dentaire Québec, 1983-1984) ont confirmé l'orientation du guide du MAS en ce qui a trait aux enfants à haut risque de carie dentaire. L'émergence d'un groupe à risque élevé y était clairement établie. Ainsi, 26,1 % des écoliers de 7-8 ans cumulaient 65,8 % de l'expérience de la carie du groupe. Parmi les écoliers de 11-12 ans, on retrouvait 61 % de toute la carie chez 30,2 % de ce groupe. Pour les besoins de traitement, 7,1 % des enfants de 7-8 ans accaparaient 50,8 % de ces besoins, tandis qu'à 11-12 ans, 9,6 % de ces enfants détenaient 61,9 % des surfaces cariées non traitées.

Le rapport Brunet (Brunet et al. 1987), portant sur l'analyse des services dispensés par les CLSC, recommandait la mise en oeuvre de programmes ayant pour cible des groupes à risque. Le rapport identifiait trois groupes à risque pour tous les CLSC : les enfants et les familles à risque, les enfants en difficulté, et les adultes vivant des problèmes de santé mentale.

La Commission Rochon sur les services de santé et des services sociaux réaffirmait la finalité fondamentale du système de santé et des services sociaux à savoir l'amélioration de la santé et du bien-être. Elle identifiait, de plus, deux conditions préalables : la recherche

d'une plus grande équité sociale et le développement de l'équilibre social (Rochon et al. 1988).

Dans ce contexte, le dépistage des enfants à risque de carie devenait prioritaire afin que des programmes de prévention précis soient appliqués. On a ainsi assisté à l'émergence d'initiatives d'implantation d'un programme qui visait le dépistage des enfants à risque de carie inspiré de la méthode de Grainger modifiée. (Dans le présent document, la dénomination « enfants à risque de carie » équivaut aux « enfants vulnérables à la carie »).

Par ailleurs, l'Enquête Santé dentaire Québec 1989-1990 confirmait, non seulement la tendance à la concentration de l'expérience carieuse et des besoins de traitements chez un groupe restreint d'enfants, mais encore plus son accentuation.
Un programme ayant pour cible les enfants à haut risque de carie et visant la réduction des inégalités en santé dentaire était donc en parfait accord avec les plus récentes données épidémiologiques et les orientations provinciales en matière de santé. Le Programme public de services dentaires préventif a donc fait l'objet d'une révision au printemps 1990. Il cible les enfants de 0-12 ans et il préconise la concentration des interventions vers les populations scolaires les plus vulnérables afin d'assurer une continuité aux programmes déjà existants et de bénéficier des avantages d'un milieu où les enfants sont présents.

Ce programme s'accorde également avec l'objectif #15 de la Politique de Santé Bien-être du MSSS qui est de réduire de 50 % le nombre de dents cariées absentes ou obturées chez les enfants de 0-12 ans d'ici l'an 2002.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a concrétisé son support à ce programme en consolidant les postes d'hygiénistes dentaires en CLSC, en allouant les ressources financières pour l'achat d'équipement dentaire nécessaire à sa mise en oeuvre et pour l'organisation de deux formations provinciales à l'intention de l'ensemble des intervenants en 1992 et en 1994, suite à l'ajout d'une centaine de postes en hygiène dentaire.

1 PROGRAMME PUBLIC DE SERVICES DENTAIRES PRÉVENTIFS

1.1 PHILOSOPHIE

La philosophie du programme est donc orientée en priorité vers la réduction des inégalités relativement à la carie dentaire chez les enfants de 0 à 12 ans en privilégiant les interventions auprès des enfants à risque élevé de carie et auprès des familles à risque.

1.2 STRATÉGIE D'IMPLANTATION

En 1994, la Direction de la promotion de la santé et du bien-être du MSSS revoyait sa stratégie d'implantation du programme. La nouvelle stratégie consiste à assurer un suivi préventif individuel, dès la maternelle, à 100 % des enfants identifiés à risque de carie selon le critère provincial de classification. Le suivi préventif est réalisé sur une période maximale de 4 ans, de la maternelle à la troisième année inclusivement. Afin d'éviter une saturation du temps et des ressources à moyen terme, menaçant ainsi l'accessibilité, on prévoyait que des indicateurs de réussite seraient validés et introduits dans le programme afin de libérer les enfants démontrant un contrôle adéquat des facteurs de risque de la carie dentaire.

1.3 RESSOURCES

Par ailleurs, le MSSS allouait de nouvelles ressources en santé dentaire pour l'ajout de nouveaux postes d'hygiéniste dentaire, pour leur formation et pour l'achat d'équipements dentaires nécessaires à la réalisation du programme. La Montérégie, pour sa part, a reçu un budget annuel récurrent depuis 1994 pour l'ajout de 17,7 postes d'hygiéniste dentaire. Tous les hygiénistes dentaires du Québec ont reçu la formation sur les «Critères d'appréciation de la condition bucco dentaire des élèves du primaire» à l'automne 1995, afin que le programme soit appliqué uniformément dans toutes les régions.

1.4 DESCRIPTION DU PROGRAMME

La stratégie d'implantation du Programme public de services dentaires préventifs consiste à assurer un suivi préventif individualisé à 100 % des enfants dépistés à la maternelle, selon le critère provincial de classification des enfants à risque élevé de carie. Le suivi individualisé est réalisé auprès des enfants de la maternelle jusqu'à la troisième année inclusivement, soit sur une période maximale de quatre années. Ce suivi individualisé auprès des enfants à risque est effectué deux fois l'an. Chez tous les enfants de troisième année, on suggère de procéder à un dépistage systématique du besoin évident de traitement (B.E.T.) et à la diffusion d'informations aux parents. Le programme suggère aussi des interventions de

masse par petit groupe (universelles) chez les enfants de quatrième à la sixième année pour permettre une continuité auprès des enfants à risque de carie qui n'auront pas atteint les indicateurs de réussite à la fin de la troisième année de la réalisation d'activités de promotion de la santé dentaire. (Le résumé des interventions à privilégier figure à l'annexe 1).

Dans une étude de 1993, Daniel Picard a validé un critère d'identification des enfants à risque de carie à la maternelle. Il est basé sur l'expérience antérieure de carie. Le critère provincial se définit cliniquement comme la présence d'au moins une face cariée absente ou obturée pour ce qui est des dents antérieures, ou de deux faces ou plus cariées absentes ou obturées sur les faces proximales des dents postérieures.

À cause de ses nombreux avantages, le critère provincial demeure actuellement le meilleur test d'identification des enfants à risque de carie à la maternelle.

1.5 Situation du programme en Montérégie

La santé publique n'a pas échappé aux compressions budgétaires imposées au réseau de la santé dans les années subséquentes. Ainsi, on a assisté en Montérégie à la suppression totale ou partielle des postes d'hygiéniste dentaire ou au non déploiement total ou partiel des ressources allouées par la RRSSS aux CLSC. (Les tableaux sur la répartition des postes tels qu'alloués par le C.A. de la Régie en 1994 et sur l'évolution de la situation des postes d'hygiéniste dentaire de 1993 à 1999 en Montérégie sont présentés à l'annexe 2 et 3). Ce fut la principale raison des retards et de difficultés rencontrées dans l'implantation du programme. À ce facteur s'ajoutent des problèmes d'accessibilité à certaines écoles du territoire.

Plusieurs CLSC ont modifié des activités prévues au programme pour s'adapter à la disponibilité des ressources. On constate ainsi une diversité d'application du programme dans notre région : cette diversité met en évidence un problème d'accessibilité aux services offerts par le programme pour les enfants admissibles. L'application uniforme du programme souhaitée au départ ne s'est donc pas réalisée dans notre région, ce qui soulève par le fait même une question d'équité sociale puisque de nombreux enfants, souvent parmi les plus défavorisés, ne reçoivent pas les services dentaires préventifs offerts dans le cadre du suivi dentaire individualisé.

Il y a donc actuellement une variation importante dans l'application du programme entre les CLSC de la Montérégie. Certains intervenants de CLSC arrivent à appliquer le programme et même à y intégrer le volet agents de scellement à leur programmation. D'autres y ont apporté des modifications pour faire face à leur situation particulière. D'autre part, au niveau régional, l'évaluation du programme est rendue très difficile en raison du manque d'uniformité dans l'application des interventions préventives, du manque de critères d'évaluation et de l'absence d'une grille d'évaluation standardisée.

Nonobstant les coupures de postes d'hygiéniste dentaire, on assiste à une saturation du temps consacré par les hygiénistes dentaires à la réalisation du programme dans certains CLSC. Cette situation est attribuable à plusieurs facteurs parmi lesquels :

- un nombre plus élevé d'enfants à risque que prévu;
- une augmentation de la population;
- et l'absence de critères de réussite pour les enfants inscrits dans le suivi.

2 NOUVELLES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES EN MONTÉRÉGIE

L'enquête sur la santé dentaire des écoliers de maternelle, deuxième et sixième année en Montérégie, dont les résultats ont été publiés en juin 1996, a révélé que près de 60 % de la carie dentaire en denture primaire est déjà présente chez les enfants de maternelle, qu'en denture permanente, 80 % de la carie se retrouve sur les faces avec fosses et sillons et que 90 % de l'attaque carieuse survient sur les premières molaires.

La prévalence des agents de scellement est faible en Montérégie : en 1996, à peine 30 % des écoliers avaient une ou plusieurs molaires scellées et c'était les enfants les plus vulnérables à la carie dentaire qui bénéficiaient le moins de cette mesure préventive.

3 AUTRES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Depuis plusieurs années, plusieurs études épidémiologiques ont démontré l'efficacité des agents de scellement pour prévenir les caries des fosses et sillons des molaires permanentes. Déjà en 1983, le National Institute of Health Consensus Developpment Conference sur les agents de scellement (1) concluait que le scellement des fosses et sillons est efficace à 100 % contre la carie dentaire lorsque la dent demeure complètement scellée. La rétention de l'agent de scellement est donc une condition essentielle. Ripa (2) a noté une réduction moyenne de la carie qui varie de 51 et 62 % et une rétention complète de 63 à 70 % des agents de scellement appliqués sur une période de 4 à 7 ans en utilisant les scellants autopolymérisables. Des essais cliniques comparant les scellants polymérisables à la lumière visible aux scellants autopolymérisables ont indiqué un pourcentage de rétention identique sur une période de 5 ans.

L'efficacité des agents de scellement, lorsqu'appliqués en milieu scolaire ou communautaire, s'avère très importante. Au cours des dix dernières années, plusieurs programmes d'application en secteur public se sont déroulés aux États-Unis et au Canada. Quatre de ces programmes ont été appliqués dans des écoles et certains l'ont été par des hygiénistes dentaires. Ismaïl (3) rapporte des taux de rétention variant de 78,5 % à 86,2 % auprès d'enfants de 5 à 7 ans après 1, 2 et 3 ans en Saskatchewan et une réduction de carie de 41,6 % après 4 ans. D'autres études (4, 5 et 6) rapportent des taux de rétention encore supérieurs et une réduction de la carie avoisinant 79 % après 6 ans.

4 ADAPTATIONS PROPOSÉES

Rappelons que les adaptations proposées ne signifient aucunement que le Programme public de services dentaires préventifs soit réduit, amputé ou ne s'applique plus en Montérégie. Il continue d'être la pierre angulaire du Programme régional de santé dentaire public de la Montérégie tel qu'adopté par le C.A. de la RRSSS de la Montérégie en 1996. Le programme « *À toute jeunesse* » de la DSPPÉ de la RRSSS de la Montérégie a fait du Programme public de services dentaires préventifs, un de ses incontournables. Le PPSDP, tel que proposé en 1995, est un programme qui se situe dans une vision globale de la santé de nos enfants. Il préconise une approche éducative avec l'implication essentielle des parents. La responsabilité parentale est, à cet égard, un élément extrêmement important du suivi préventif individualisé. Le programme est apte, à la fois à réduire les inégalités en ce qui a trait à la carie dentaire s'il est appliqué intégralement, et à améliorer la santé globale des enfants, car la santé dentaire ne peut être dissociée de la bonne santé générale des individus. Toutefois, il revient à chaque région du Québec de proposer les solutions adaptées à son contexte particulier, en l'absence de directives par le MSSS à court ou à moyen terme.

À la lumière des nouvelles données épidémiologiques, les adaptations proposées doivent s'articuler autour de trois axes d'interventions : le Programme public de services dentaires préventifs, l'intégration des agents de scellement et l'intégration d'une programmation en santé dentaire pour les enfants de 0 à 5 ans au Programme public de services dentaires préventifs.

4.1 LE PROGRAMME PUBLIC DE SERVICES DENTAIRES PRÉVENTIFS

Le programme devrait tendre à être appliqué intégralement et uniformément sans modifications par tous les CLSC de la Montérégie.

Le présent document propose aux établissements de la Montérégie des lignes directrices concernant les éléments incontournables du programme. Par ailleurs, en dehors de ces éléments, certaines interventions malgré leur pertinence, sont proposées à titre facultatif.

Les interventions incontournables

Ces interventions sont jugées prioritaires et sont la base même du Programme public de services dentaires préventifs :

1. Dépistage de tous les enfants de la maternelle au moyen du critère provincial pour identifier les enfants à risque de carie dentaire, sans y apporter de modifications (comme élever le seuil d'inclusion), lors d'une séance éducative de groupe. Ce dépistage doit s'effectuer dans toutes les écoles du territoire des CLSC, quelque soit le degré de

défavorisation. Les enfants de la maternelle présentant un besoin évident de traitement doivent être référés au cabinet dentaire pour traitement.

2. Suivi préventif individualisé deux fois l'an de la maternelle à la 3e année pour tous les enfants dépistés à risque de carie dans toutes les écoles du territoire des CLSC, quelque soit le degré de défavorisation et sans élimination de cohorte d'enfants. Le milieu familial étant reconnu comme le principal canal d'influence auprès des enfants de cet âge, une approche éducative à la santé dentaire avec l'implication des parents est essentielle.
3. Intégration de l'application des agents de scellement au Programme public de services dentaires préventifs de façon à ce que 75 % des enfants dépistés à risque de carie aient au moins une première molaire permanente scellée au sortir du suivi préventif, quelque soit le milieu où l'agent de scellement est appliqué, après la dernière séance de suivi préventif en troisième année.
4. Intégration d'interventions préventives en santé dentaire pour les enfants de 0-5 ans.
   La prévalence de la carie dentaire en denture primaire démontre l'urgence d'intervenir en amont des problèmes. Ces interventions préventives doivent toutefois être validées et standardisées au préalable pour la Montérégie.

Les interventions facultatives

Certaines interventions, malgré leur pertinence, sont classifiées parmi les interventions facultatives :

1. Dépistage du besoin évident de traitement en troisième année et référence au cabinet dentaire privé.
2. En attendant une programmation montérégienne, les interventions préventives chez les enfants d'âge préscolaire sont classifiées pour le moment facultatives.
3. Les interventions par petits groupes auprès des enfants inscrits au suivi préventif en quatrième, cinquième et sixième années sont incluses dans cette catégorie.
4. Les interventions éducatives en quatrième, cinquième et sixième année.

4.2 Révision du Questionnaire de santé

L'équipe de santé dentaire de la DSPPÉ – RRSSS de la Montérégie a effectué la révision des questionnaires de santé utilisés par les hygiénistes dentaires qui appliquent le Programme public de services dentaires préventifs. Ayant constaté que les questionnaires de santé utilisés au sein du réseau n'avaient jamais été soumis à une standardisation, un comité de travail composé d'un dentiste-conseil, d'un médecin des maladies transmissibles, d'une agente de communication et de trois hygiénistes dentaires œuvrant sur le territoire de la Montérégie s'est penché sur le sujet. Cette révision est en lien avec la protection des renseignements personnels et vise les deux objectifs principaux suivants :

1. ***Proposer un modèle de questionnaire de santé et une procédure d'utilisation conformes.***
   Le modèle proposé cherche à répondre aux **besoins d'information liés aux interventions** des hygiénistes dentaires tout en se pliant aux **obligations légales** à respecter en matière de collecte d'information.

2. ***Respecter les exigences de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels.***
   En matière de collecte d'information, les exigences de la Loi sur l'accès[1] sont des plus claires :

   - la finalité de la collecte doit être précise et déterminée à l'avance.

   Afin d'assurer la confidentialité des informations de nature médicale recueillies dans le cadre de ce mandat précis, il apparaît de la plus grande importance de distinguer le questionnaire de santé de la fiche d'inscription dont la finalité est de desservir des besoins de type administratif. Cette dernière peut contenir des informations de nature confidentielle mais non médicale.

   - on ne peut recueillir que les **informations jugées absolument nécessaires** aux fins précises du mandat.

   Il est donc indispensable de **limiter** les questions à celles qui sont pertinentes dans le cadre de l'intervention de suivi dentaire préventif individualisé ainsi qu'à celles qui peuvent entraîner toute modification de cette intervention. Le comité a donc épuré le questionnaire de santé dentaire en soumettant chacune des questions au critère de **nécessité** pour l'accomplissement du mandat concerné, soit celui de procéder à un suivi préventif individualisé pour les enfants plus vulnérables à la carie.

   - seules les personnes autorisées ont droit d'accès aux renseignements personnels.

   Dans ce contexte, les informations personnelles reliées à la santé de l'enfant ne devront désormais être transmises qu'aux seules personnes **autorisées** à prodiguer les soins dentaires préventifs à l'enfant.

Puisque les questionnaires parlent tous d'un même programme mais avec des dénominations différentes, le comité propose de faire référence au questionnaire de santé par la dénomination suivante : **SUIVI PRÉVENTIF EN SANTÉ DENTAIRE « *Consentement et renseignements médicaux* ».**

[1] Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, L.R.Q. chapitre A-2.1

Ce document comporte trois parties. La première fait référence à l'identification du client. La seconde contient les renseignements médicaux requis. Enfin, une section d'autorisation au suivi préventif individualisé complète le formulaire. La diffusion du questionnaire de santé révisé auprès des coordonnateurs et des hygiénistes dentaires précédera son implantation prévue pour septembre 2001.

Par ailleurs, les membres du comité ont jugé important de préparer un **guide de formation** sur l'utilisation du questionnaire de santé afin d'assurer une meilleure compréhension des informations reliées à cet outil. Actuellement en préparation, ce guide comprendra un ensemble des références jurisprudentielles et médicales pertinentes ayant servi à l'élaboration du nouveau document proposé.

4.3 INTÉGRATION DES AGENTS DE SCELLEMENT

Il y a quelques années, des projets locaux ont émergé aux CLSC et CHSLD de la Pommeraie et Saint-Hubert pour l'application des agents de scellement en santé dentaire publique en Montérégie. Il importait, dans une vision régionale, d'étudier la faisabilité de l'application des agents de scellement en santé dentaire publique dans notre région.

Grâce à la collaboration de la DSPPÉ et du CLSC et CHSLD Champagnat de la Vallée des Forts un projet pilote fût alors mis en oeuvre. Le rapport de projet, paru en avril 1998 (5), démontrait clairement la faisabilité de l'intégration des agents de scellement à une programmation régionale en santé dentaire publique en Montérégie.

Compte tenu des aspects corporatifs, professionnels et légaux reliés aux agents de scellement, il était essentiel de définir l'encadrement de l'application de cette mesure préventive dans notre région. À cet effet, un protocole d'entente définissant les modalités, conditions et techniques d'application des agents de scellement, ainsi que les engagements respectifs de la DSPPÉ et des CLSC concernés, fût élaboré en 1998 par les dentistes-conseil de la DSPPÉ de la Montérégie et de l'Estrie.

Au chapitre des modalités d'application des agents de scellement, le Protocole d'entente mentionne : les hygiénistes dentaires qui appliqueront les agents de scellement devront avoir suivi au préalable une formation récente par une institution reconnue (Cégep) ou une mise à jour de leurs connaissances en collaboration avec la DSPPÉ de la RRSSS de la Montérégie.

Le comité scellant de la Table de concertation des hygiénistes dentaires de la Montérégie a organisé une formation théorique et pratique avec l'appui du Cégep de Saint-Hyacinthe. Le docteur André Lavallière, dentiste-conseil à la DSP de l'Estrie, a aussi participé, en raison de son expertise à cette formation. La plupart des hygiénistes dentaires des CLSC y ont participé et se sont vus attribuer une attestation collégiale.

4.4 Modalités d'application des agents de scellement

Un protocole d'entente entre la Direction de la santé publique de la RRSSSM et les CLSC de la Montérégie définit et circonscrit les modalités d'application des agents de scellement dans le cadre du Programme régional de santé dentaire publique montérégien (annexe 5).

- L'application des agents de scellement doit être exécutée exclusivement auprès des enfants inscrits dans le suivi préventif individualisé du PPSDP.
- Promotion de l'application des agents de scellement par de l'information diffusée aux parents visant leur application en cabinet privé au besoin.
- Marche à suivre pour l'application des agents de scellement :
  - signature du Protocole d'entente par le directeur de la Direction de la santé publique et le directeur général du CLSC concerné;
  - présélection des enfants à risque de carie dentaire inscrits au suivi préventif par l'hygiéniste dentaire du CLSC (lors du premier suivi préventif de l'année en cours);
  - diagnostic des dents à sceller et prescription écrite par le dentiste-conseil de la DSPPÉ;
  - demande d'autorisation des parents et cueillette des consentements;
  - application des agents de scellement lors d'un suivi préventif. La situation idéale consiste à procéder à l'application topique de fluorure neutre après avoir scellé les molaires. Bien entendu le travail à quatre mains est indispensable;
  - les agents de scellement devraient être appliqués préférablement en milieu scolaire.

4.5 Intégration d'une programmation pour les enfants de 0-5 ans

Le Comité d'harmonisation en santé dentaire publique a créé un groupe de travail pour élaborer des pistes de solutions pour intégrer cette tranche d'enfants au programme. Un document de travail a été déposé en mars 2000. En attendant la validation et l'adaptation de ces recommandations pour la Montérégie, il serait prématuré, à court terme, d'intégrer des interventions préventives dans le programme malgré qu'elles soient jugées incontournables et urgentes. Toutefois les CLSC qui réalisent des interventions préventives auprès de cette clientèle devraient poursuivre dans cette voie.

Il semble toutefois qu'il ne saurait s'agir d'interventions individuelles basées sur le dépistage semblables à celles proposées dans le PPSDP pour les enfants dépistés à risque de carie, puisque le critère provincial a été validé uniquement pour les enfants de maternelle. De plus, il faut tenir compte de la difficulté de rejoindre certains groupes d'enfants. On semble plutôt s'orienter vers des interventions de promotion/prévention auprès des familles à risque ou défavorisées.

4.6 Pistes de solutions proposées

Certains CLSC de la Montérégie éprouvent des difficultés à réaliser le Programme public de services dentaires préventifs. Parmi celles-ci, citons : le manque de locaux, les locaux inadéquats mis à la disposition des intervenants dentaires, le manque de disponibilité du

temps scolaire, l'adaptation de la technique à quatre mains (agents de scellement), le manque de ressources humaines et les variations de la population scolaire. Ces difficultés sont un obstacle à l'intégration de l'application des agents de scellement au PPSDP. Le présent document propose des pistes de solutions à ces difficultés. Les pistes de solutions proposées concernent le PPSDP et les agents de scellement.

1. Le Programme public de services dentaires préventifs :
   1.1. Les hygiénistes dentaires devraient prioritairement consacrer 100 % de leur temps aux interventions incontournables du programme.
   1.2. Les hygiénistes dentaires devraient s'abstenir de réaliser les interventions facultatives du programme.
   1.3. Les hygiénistes dentaires ne devraient offrir qu'un suivi individuel à la maternelle.
   1.4. Les hygiénistes dentaires ne devraient offrir qu'un suivi individuel en 3e année.
2. Les agents de scellement :
   2.1 Il est proposé de remplacer certains actes réalisés à l'intérieur d'une séance de suivi préventif par l'application d'agents de scellement.
   2.2 Il est proposé de cesser les interventions facultatives citées précédemment.
   2.3 Il est proposé de commencer graduellement l'intégration des agents de scellement au programme.
   2.4 Il est proposé de cibler un groupe d'enfants à risque de carie.
   2.5 Il est proposé d'offrir l'application des agents de scellement préférablement en milieu scolaire ou à défaut au CLSC.

Les pistes de solutions sont résumées au tableau ci-dessous.

Fréquence du suivi	Intégration des agents de scellement
• N'offrir qu'un suivi individuel en maternelle. • N'offrir qu'un suivi individuel en 3e année. **N.B. Le suivi deux fois l'an en 1re et 2e année est un incontournable.**	• Débuter par un petit projet. • Cibler un groupe d'enfants à risque de carie. • Offrir le service préférablement en milieu scolaire ou à défaut au CLSC.

Malgré ces pistes de solutions, il est évident que certains problèmes perdureront. Il y aura lieu d'envisager d'autres solutions concernant les ressources humaines ou matérielles nécessaires à l'application uniforme et complète du Programme public de services dentaires préventifs.

5 ÉVALUATION

L'évaluation d'un programme de santé est un processus continu qui consiste essentiellement en un regard de rétroaction sur les différentes étapes du processus de planification, non seulement sur les composantes du programme mais également sur les étapes préalables et consécutives au programme de sorte qu'il existe différents types d'évaluation qui correspondent aux différents niveaux de planning (Pineault et Daveluy).

La seule évaluation d'envergure provinciale du PPSDP effectuée jusqu'ici, a été une évaluation descriptive de type administratif. Elle visait principalement à décrire le degré de mise en oeuvre des différentes interventions prévues par le programme (Durocher, Brodeur).

Les composantes essentielles du PPSDP sont les ressources, les activités et les objectifs. À chacune de ces composantes correspond un type d'évaluation. À la composante « activités » correspond une évaluation de processus. C'est le type d'évaluation qui porte sur les services produits et utilisés dans le cadre du programme. « Le Cadre normatif et protocole d'échange version 3 » vise à déterminer l'ensemble des instructions servant à alimenter les banques de données régionales et la banque de données provinciales ou communes. Les codifications et les procédés de validation à appliquer aux données recueillies localement y sont précisés. Certaines données de deuxième et troisième niveau devront être codifiées en Montérégie. La cueillette des données servira éventuellement à l'évaluation du PPSDP.

L'implantation du cadre normatif en CLSC s'effectuera avec des délais plus ou moins longs en Montérégie. Il était donc très pertinent de produire des grilles d'évaluation uniformisées pour tous les CLSC de la Montérégie afin de recueillir des données au niveau local. L'équipe santé dentaire de la DSPPÉ a élaboré ces grilles et les a validé auprès des intervenants locaux des CLSC. Elles figurent à l'annexe 6.

L'évaluation de processus permet entre autres de vérifier si le processus organisationnel mis en place pour assurer la continuité et l'accessibilité des services est adéquat ou si les services préventifs du programme sont utilisés de façon adéquate.

L'évaluation des effets porte sur les résultats spécifiquement obtenus par le programme en regard des objectifs préétablis. L'évaluation de type sommatif vise donc à vérifier les impacts du programme.

Une évaluation sommative du Programme public de services dentaires préventifs en Montérégie peut s'avérer assez difficile à réaliser compte tenu du manque d'uniformité d'application du programme et des coûts afférents à une telle recherche.

Toutefois l'équipe santé dentaire de la DSPPÉ de la Montérégie étudie actuellement la possibilité de réaliser une telle recherche évaluative.

6 RECOMMANDATIONS POUR L'IMPLANTATION DU PROGRAMME

1. La participation à une séance annuelle de rafraîchissement des connaissances en ce qui a trait au critère provincial, aux agents de scellement ainsi qu'une séance d'uniformisation quant au décompte des faces atteintes par la carie avant la reprise des activités en septembre est éminemment souhaitable.
2. À partir de critères de réussite validés, élaborer des indicateurs d'évaluation du Programme public de services dentaires préventifs
3. Documenter et élaborer des stratégies de financement du programme.
4. Révision périodique du Protocole d'entente et du Protocole des conditions et techniques d'application des agents de scellement.

TABLEAU SYNTHÈSE

TABLEAU SYNTHÈSE DE L'ADAPTATION DU PPSDP	
Interventions incontournables	**Interventions facultatives**
1) Dépistage de 100 % des enfants de la maternelle lors d'une intervention de groupe.	1) Dépistage du besoin évident de traitement et référence en cabinet dentaire privé en troisième année.
2) Référence au cabinet dentaire pour les enfants ayant un besoin évident de traitement à la maternelle.	2) Interventions préventives éducatives de groupe, en quatrième, cinquième et sixième année.
3) Suivi préventif individualisé à 100 % des enfants dépistés à risque de carie.	3) Suivi préventif de groupe en quatrième, cinquième et sixième année.
4) Application d'agents de scellement à l'intérieur du suivi préventif.	4) Interventions préventives éducatives pour les enfants de 0 à 5 ans (pour le moment).
5) Interventions préventives pour les enfants de 0-5 ans lorsque la programmation sera validée.	5) Autres interventions.

CONCLUSION

Des données épidémiologiques récentes en santé dentaire publique démontrent la nécessité d'adapter le Programme public de services dentaires préventifs en Montérégie pour faire face à ces réalités. Les adaptations proposées concernent le programme lui-même, l'intégration des agents de scellement au suivi préventif individualisé pour les enfants à risque de carie et l'intégration d'interventions préventives en santé dentaire pour les enfants de 0 à 5 ans. Certaines interventions du programme actuel sont jugées incontournables et prioritaires pour tous les CLSC, d'autres sont proposées à titre facultatif. L'application des agents de scellement est classifiée parmi les actions prioritaires et incontournables et devrait être intégrée au programme par tous les intervenants aussitôt que possible. Les interventions préventives auprès de 0 à 5 ans, malgré leur inclusion parmi les interventions incontournables, ne devraient pas être jugées prioritaires à court terme, en l'absence de programmation adaptée à notre région.

L'adaptation du Programme public de services dentaires préventifs comporte des difficultés majeures. Il est certain que cette adaptation pose la question essentielle et fondamentale de l'adéquation des ressources humaines et matérielles nécessaires à sa réalisation. Il ressort clairement d'une part que le PPSDP, tel que proposé, ne pourra pas être réalisé au niveau de certains CLSC sans le rétablissement des postes d'hygiéniste dentaire supprimés ou non alloués, en partie ou en totalité depuis 1996, et ce, malgré les pistes de solutions suggérées. Demeure également sans réponse adéquate actuelle, la question de l'intégration des agents de scellement à la programmation des CLSC qui n'emploient qu'une seule hygiéniste dentaire. D'autre part, en ce qui a trait aux ressources matérielles, plusieurs CLSC signalent le vieillissement de certains équipements dentaires qui nécessitent ou leur remplacement ou des réparations majeures. Ces difficultés deviendront encore plus aiguës lors de l'intégration d'interventions préventives au PPSDP pour les enfants de 0-5 ans.

Dans le contexte actuel, à court terme, il n'existe que peu ou pas de solutions pour résoudre ces difficultés. Toutefois les perspectives d'avenir du Programme public de services dentaires préventifs sont encourageantes. En effet, le MSSS a réitéré à plusieurs reprises, ces dernières années, sa volonté de voir implanté un programme provincial d'agents de scellement via le secteur privé ou public. La couverture des agents de scellement dans le secteur privé semble rencontrer des obstacles majeurs de sorte qu'il faut envisager, de façon réaliste, à moyen terme, l'implantation d'un programme d'agents de scellement via le secteur public car les enfants à risque de carie dentaire se prévalent le moins régulièrement des services dentaires en cabinet privé. Un tel programme requiert nécessairement l'ajout de ressources humaines et matérielles nécessaires à sa réalisation.

ANNEXE 1

RÉSUMÉ DES INTERVENTIONS PRIVILÉGIÉES (1995)

PROGRAMME PUBLIC DE SERVICES DENTAIRES PRÉVENTIFS EN MILIEU SCOLAIRE

RÉSUMÉ DES INTERVENTIONS PRIVILÉGIÉES (1995)

A **Chez tous les enfants de la maternelle**

- Application du critère provincial de classification des enfants à risque élevé de carie dentaire.
- Dépistage systématique du besoin évident de traitement.
  - Diffusion d'information aux parents.

B **Chez tous les enfants de la troisième année**

- Dépistage systématique du besoin évident de traitement.
  - Diffusion d'information aux parents.

C **Chez tous les enfants dépistés à risque élevé de carie dentaire selon le critère provincial de classification (suivi préventif individualisé)**

- Dépistage du besoin évident de traitement de la carie dentaire et de ses conditions associées.
  - Référence au dentiste et suivi.
- Approche d'éducation à la santé avec participation souhaitée des parents.
  - Connaissance et évaluation des habiletés d'hygiène bucco-dentaire (indice de débris de l'OHIS et autres).
  - Enseignement et promotion (brossage des dents, collations, références chez le dentiste pour examen bucco-dentaire, traitements, application d'agents de scellement des fosses et sillons, etc.).
- Mesure préventive.
  - Application topique de fluorure.

Ce suivi est réalisé deux fois l'an, de la maternelle à la troisième année inclusivement. Des indicateurs de réussite seront définis ultérieurement.

D **Chez les enfants de la quatrième année à la sixième année**

- Interventions par petits groupes ou de masse (universelles) permettant une continuité auprès des enfants vulnérables qui n'auront pas atteint les indicateurs de réussite à la fin de la troisième année et la réalisation d'activités de promotion de la santé dentaire.

ANNEXE 2

Répartition des ressources en hygiène dentaire en 1994

RÉPARTITION DES RESSOURCES EN HYGIÈNE DENTAIRE EN 1994

CLSC	RESSOURCES HUMAINES		ÉQUIPEMENTS
	Nouveau budget récurrent annualisé 1994-1995 40 000 $/par poste $	Nouveau budget récurrent 1993-1994 (4 mois) $	Total Budget non-récurrent $
Châteauguay	16 000	5 333	6 612
La Chênaie	0	0	5 574
Haute-Yamaska	40 000	13 333	12 186
Du Havre	16 000	5 333	6 319
Huntingdon	12 000	4 000	5 574
Jardin du Québec	12 000	4 000	5 574
Kateri	24 000	8 000	6 612
Longueuil-Est	40 000	13 333	12 186
Longueuil-Ouest	8 000	2 667	12 186
Des Maskoutains	20 000	6 667	7 650
La Pommeraie	76 000	25 333	6 612
La Presqu'Île	52 000	17 333	12 186
Richelieu	12 000	4 000	3 901
Samuel-de-Champlain	76 000	25 333	12 186
Des Seigneuries	52 000	17 333	12 186
Seigneurie-de-Beauharnois	72 000	24 000	12 186
Saint-Hubert	80 000	26 667	13 224
Vallée-des-Patriotes	32 000	10 667	6 612
Vallée-des-Forts	68 000	22 667	8 941
Total	**708 000**	**236 000**	**168 507**

ANNEXE 3

ÉVOLUTION DES POSTES EN HYGIÈNE DENTAIRE DE 1993 À 1999

ÉVOLUTION DES POSTES EN HYGIÈNE DENTAIRE DE 1993 À 1999

CLSC	Postes actifs 1992	Postes alloués 1994	Postes Actifs 1999	Postes Prévus 1994	Écart 1999 (1)
Châteauguay	1,5	0,4	1,4	1,9	0,5
La Chênaie	1,0	0,0	0,7	1,0	0,3
Haute-Yamaska	1,8	1,0	2,3	2,8	0,5
Du Havre	2,0	0,4	2,0	2,4	0,4
Huntingdon	0,8	0,3	1,0	1,1	0,1
Jardin du Québec	0,6	0,3	0,8	0,9	0,1
Kateri	1,8	0,6	2,2	2,4	0,2
Longueuil-Est	1,6	1,0	2,0	2,6	0,6
Longueuil-Ouest	2,5	0,2	2,5	2,7	0,2
Des Maskoutains	2,0	0,5	2,0	2,5	0,5
La Pommeraie	0,0	1,9	1,4	1,9	0,5
La Presqu'Île	1,6	1,3	2,6	2,9	0,3
Richelieu	0,9	0,3	1,0	1,2	0,2
Samuel-de-Champlain	2,8	1,9	2,4	4,7	2,3
Des Seigneuries	2,0	1,3	3,0	3,3	0,3
Seigneurie-de-Beauharnois	1,0	1,8	1,6	2,8	1,2
Saint-Hubert	2,0	2,0	3,0	4,0	1,0
Vallée-des-Patriotes	1,0	0,8	1,8	1,8	0,0
Vallée-des-Forts	2,0	1,7	3,6	3,7	0,1
Total	**28,9**	**17,7**	**37,4**	**46,6**	**9,2**

(1) Certains CLSC utilisent une partie des ressources allouées pour défrayer le coût de certaines dépenses générées par l'application du programme, par exemple : le transport de l'équipement portatif.

ANNEXE 4

PROTOCOLE D'ENTENTE

PROTOCOLE D'ENTENTE

ENTRE : Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie
Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation
5245, boul. Cousineau, bureau 3000
Saint-Hubert (Québec) J3Y 6J8

ET : Le CLSC

OBJET : Application d'agents de scellement dans le cadre du programme régional de santé dentaire publique, volet du programme régional de santé publique en Montérégie par les hygiénistes dentaires du CLSC ————.

PRÉAMBULE :

Le présent protocole a pour objectifs de délimiter et de circonscrire les modalités d'application des agents de scellement dans le programme régional de santé dentaire publique en Montérégie en tenant compte des divers impératifs d'ordre professionnels, légaux et conjoncturels. Y sont aussi décrits les engagements des deux parties.

MODALITÉS :

L'application d'agents de scellement par les hygiénistes dentaires du CLSC—— doit être exécutée exclusivement dans le cadre du programme régional de santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie chez les enfants inscrits dans le suivi préventif du programme public de services dentaires préventifs en milieu scolaire ou en CLSC.

L'application d'agents de scellement devra être exécutée en conformité avec les conditions et exigences du protocole des conditions et techniques d'application des agents de scellement rédigé par les dentistes-conseils de la Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation (DSPPÉ) (protocole en annexe).

Un diagnostic des dents à sceller doit être posé par un dentiste-conseil de la DSPPÉ de la Montérégie préalablement à toute application d'agents de scellement par les hygiénistes du CLSC. Ce diagnostic doit être joint au dossier de l'enfant dépisté à risque de carie du programme selon la politique de gestion de dossier du CSLC.

Les hygiénistes du CLSC qui appliqueront des agents de scellement devront avoir suivi au préalable une formation adéquate récente par une institution reconnue (Cégep) ou une mise à jour de leurs connaissances ou habiletés en collaboration avec la DSPPÉ de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie..

ENGAGEMENT DES PARTIES :

Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation :

Cette dernière s'engage à :

- soutenir l'application d'agents de scellement à l'intérieur du programme régional de santé dentaire publique;
- déléguer un dentiste-conseil de sa direction pour poser les diagnostics des dents à sceller chez les enfants inscrits au suivi préventif du programme public de services dentaires préventifs tant que le programme sera dans sa forme actuelle;
- fournir des ressources nécessaires à l'évaluation de ce volet du programme régional de santé publique.

N.B. La DSPPÉ n'assumera que les dépenses occasionnées par les déplacements du dentiste-conseil de sa direction dans le cadre de l'application des agents de scellement.

CLSC———

Ce dernier s'engage à :

- appliquer les agents de scellement dans le cadre du programme régional de santé dentaire publique;
- respecter intégralement les dispositions décrites au paragraphe « modalités »;
- informer la DSPPÉ de toutes modifications apportées à l'application des agents de scellement;
- participer conjointement avec la DSPPÉ à l'évaluation du volet des agents de scellement du programme régional de santé dentaire publique;
- assumer tous les coûts inhérents à l'application des agents de scellement à l'exception de ceux du dentiste-conseil de la DSPPÉ.

Les deux parties se réservent le droit de mettre fin à cette entente après un avis écrit de trois mois.

En foi de quoi, les parties ont lu, accepté et signé la présente entente, le _____ e jour du mois de_____ mil neuf cent quatre-vingt-dix-huit (1998).

Pour la Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation,

_____ _____

Luc Bolleau, MD, FRCPC — Date
Directeur

Pour le CLSC———,

_____ _____

_____ — Date
Directeur général

ANNEXE 5

PROTOCOLE

CONDITIONS ET TECHNIQUES D'APPLICATION DES AGENTS DE SCELLEMENT

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
MONTÉRÉGIE

Direction de la santé publique,
de la planification et de l'évaluation

PROTOCOLE

Conditions et techniques d'application des agents de scellement

Pierre Corbeil, DDS, M.Sc.
Responsable du programme régional de santé dentaire publique
Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie

André Lavallière, DMD
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie

1998

PRÉAMBULE

Le programme public de services dentaires préventifs est inscrit dans le programme régional de santé dentaire public, volet du programme régional de santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

Le présent protocole définit les conditions et décrit les techniques d'application des agents de scellement dans le programme régional de santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie par les hygiénistes dentaires des CLSC de son territoire.

CONDITIONS D'APPLICATION DES AGENTS DE SCELLEMENT

L'application des agents de scellement par les hygiénistes dentaires des CLSC doit être exécutée exclusivement dans le cadre du programme régional de santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, adopté le 16 juin 1996 par le conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

L'application des agents de scellement doit être effectuée en conformité avec le protocole d'asepsie de la Corporation professionnelle des hygiénistes dentaires du Québec

Seuls les enfants inscrits dans le suivi préventif du programme public de services dentaires préventifs sont susceptibles de recevoir des agents de scellement.

Un diagnostic des faces des premières molaires permanentes à sceller des enfants inscrits dans le suivi préventif doit être posé par un dentiste-conseil de la Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation (DSPPÉ) de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, préalablement à l'application des agents de scellement.

Le diagnostic des faces à sceller doit être joint au dossier de l'enfant inscrit dans le suivi préventif du programme public de services dentaires préventifs selon les modalités de gestion du CLSC concerné.

Les faces dentaires susceptibles de recevoir un agent de scellement devront être scellées à l'intérieur d'un délai maximum de trois mois après le diagnostic posé par le dentiste-conseil de la DSPPÉ de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

Les hygiénistes dentaires des CLSC qui appliqueront des agents de scellement devront avoir suivi au préalable une formation récente ou une mise à jour de leurs connaissances et habiletés en collaboration avec la Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

Les faces scellées doivent être inscrites au dossier de l'enfant.

Une autorisation parentale spécifique à l'application des agents de scellement est obligatoire avant de procéder au scellement des dents diagnostiquées.

L'application des agents de scellement devra être exécutée en conformité avec les techniques d'application décrites au chapitre II du présent protocole et de plus, les précautions universelles d'asepsie devront être respectées en conformité avec le protocole de la Corporation professionnelle des hygiénistes dentaires du Québec[1].

Une vérification des dents scellées devra être effectuée lors de la prochaine séance de suivi après l'application des agents de scellement et reprise aussitôt que possible en cas de bris, défaut ou perte.

Une campagne de promotion des agents de scellement devrait être initiée auprès des parents des enfants dépistés à risque de carie du programme afin de favoriser l'application des agents de scellement en cabinet dentaire privé.

L'application des agents de scellement sera effectuée chez les enfants qui ne se sont pas prévalu de cette mesure préventive en cabinet dentaire privé.

[1] Programme de contrôle des infections en cabinet dentaire. Corporation professionnelle des hygiénistes dentaires du Québec. Édition révisée, 1996.

TECHNIQUES D'APPLICATION DES AGENTS DE SCELLEMENT

Bien que la technique d'application des agents de scellement de puits et fissures soit facile, il est extrêmement important de prendre un certain nombre de précautions.

Il est recommandé de traiter chaque quadrant dentaire séparément, afin d'assurer l'isolation des surfaces à traiter et ainsi éviter qu'elles soient contaminées ou mouillées. La collaboration de deux membres de l'équipe dentaire peut rendre l'isolation et l'application plus facile. On doit éviter de procéder à une application topique de fluorure immédiatement avant l'application des agents de scellement.

Il est important de suivre à la lettre les instructions fournies par le fabricant pour l'utilisation de chaque produit. Bien que les méthodes à employer soient toutes fondamentalement similaires, leurs étapes d'application varient selon le produit utilisé.

La technique d'application se subdivise en plusieurs étapes :

1. nettoyage de la surface dentaire à sceller;
2. isolation de la dent;
3. premier séchage de la dent;
4. application du conditionneur pour le mordançage;
5. rinçage complet;
6. second séchage;
7. vérification du mordançage;
8. application et polymérisation de l'agent de scellement;
9. vérification de l'adhérence de la résine et enlèvement des surplus.

1. Nettoyage de la surface dentaire à sceller

But du nettoyage : **le nettoyage a pour but d'enlever les dépôts et les débris et de permettre un contact le plus parfait possible entre la résine et la surface de l'émail.**

On utilise un explorateur affûté à l'extrémité droite, tel que le numéro 23, pour extraire les débris et les bactéries accumulés dans les puits et les sillons.

On nettoie la surface dentaire à sceller avec une brosse montée rotative, à extrémité droite ou pointue, sur une pièce à main à basse vitesse et un mélange de pierre ponce moyenne et/ou fine et d'eau. On emploie seulement un mélange de pierre ponce et d'eau, exempt d'huile et de fluorure. Les pâtes de polissage commerciales sont contre-indiquées parce qu'elles renferment souvent des lubrifiants, des essences, des parfums et des fluorures qui peuvent affecter la qualité du mordançage et ainsi compromettre la rétention de l'agent de scellement. On enfonce les soies de la brosse montée rotative dans les fosses et sillons pour enlever le plus possible les dépôts et les débris. On nettoie les fosses et sillons avec la pointe d'un explorateur, et on rince la surface en aspirant avec la succion les débris, l'eau et la salive.

2. Isolation de la dent

Buts de l'isolation : **Conserver les dents propres et sèches afin d'assurer l'action et la liaison optimale de l'agent de scellement.**

Éliminer le risque d'une contamination par la salive et l'humidité résultant de la respiration (condensation).

Éviter que les matériaux ne touchent les tissus buccaux, ne soient accidentellement avalés ou n'incommodent le client par leur goût.

Il est possible d'isoler adéquatement la dent cible avec des rouleaux de coton et des triangles absorbants.

La marche à suivre pour isoler avec des rouleaux de coton et des triangles absorbants est la suivante :

1. demander au client d'avaler;
2. mettre les rouleaux de coton en place au fond du replis muqueux. Au maxillaire inférieur on peut utiliser un porte-rouleaux de Garmer;
3. placer la pompe à salive;
4. appliquer un absorbeur à salive triangulaire sur l'orifice du canal de la glande parotide à l'intérieur de la joue. Utiliser des tampons très absorbants tels que Dri-angle ou Dri Aids avec doublure d'aluminium;
5. prendre bien soin d'empêcher la salive de contaminer la surface à sceller.

6. L'utilisation d'une digue de caoutchouc constitue une excellente méthode. Elle assure l'isolation la plus complète. Cependant, dans un contexte de santé publique, cette méthode s'avère difficile à appliquer.

3. Premier séchage de la dent

But du séchage : **Le séchage a pour but de préparer la dent en vue de l'application du conditionneur et d'éviter toute dilution ou contamination de ce conditionneur.**

Utiliser un jet d'air sec et propre (sans huile). Sécher la surface à sceller pendant au moins 15 secondes.

4. Application du conditionneur pour le mordançage

But du mordançage : **Afin d'accroître l'adhérence de la résine de scellement, on utilise un conditionneur sous forme de gel ou de solution pour :**

- **enlever les résidus microscopiques de plaque bactérienne et de pellicule acquise;**
- **créer des irrégularités dans l'émail, afin que l'adhésif puisse y pénétrer, ce qui augmente la surface de liaison.**

Appliquer la solution ou le gel de mordançage sur la surface dentaire à sceller. Il est important de couvrir entièrement les puits, fissures, fosses, sillons et les versants des cuspides. Pour ce faire, utiliser un pinceau, un tampon ou une canule. La durée totale de l'application doit être de 20 secondes ou selon les instructions du fabricant.

Étendre le gel sur la surface, puis la laisser agir.

Lorsqu'on utilise une solution, l'appliquer avec un mouvement continu de tamponnement très délicat et non en frottant la surface. Un tamponnement très délicat est nécessaire afin d'éviter de briser les minuscules protections d'émail.

5. Rinçage complet

But du rinçage : **Éliminer tous les résidus d'acide, les débris délogés ainsi que les minéraux précipités suite à l'action de l'acide de mordançage.**

Empêcher la salive d'atteindre la surface mordancée. Le dépôt des constituants de la salive sur la surface mordancée réduit le pouvoir de liaison de la résine. Ne pas laisser l'enfant se rincer la bouche ou cracher. Il faut absolument éviter que la salive n'atteigne la zone mordancée.

Placer l'aspirateur muni d'un embout large entre la dent et le rouleau de coton. Tenir fermement l'embout contre la dent pour recueillir l'eau à mesure qu'elle traverse la surface

mordancée tout en évitant de faire circuler par aspiration de la salive sur la surface mordancée.

Rincer à fond, avec de l'eau chaude du réservoir d'eau préalablement rempli (afin de prévenir la condensation), entre 15 et 20 secondes si l'on a appliqué une solution et au moins 30 secondes si l'on a utilisé un gel. Diriger le jet d'eau transversalement par rapport à la surface mordancée, de façon à en nettoyer chaque portion.

Évacuer l'excédent d'eau et la salive de toute zone sitôt après le rinçage.

Maintenir la zone sèche. Comme il est difficile de remplacer les rouleaux de coton, dans ce cas, on peut placer un rouleau de coton sec par-dessus chaque rouleau mouillé et continuer l'aspiration sans interruption (dans certains cas, il est possible, en faisant très attention, de glisser le rouleau mouillé pour le faire sortir sous son remplaçant et ensuite de l'éloigner de la surface mordancée).

Dans le cas d'une contamination accidentelle par la salive de la surface mordancée, isoler la dent à traiter, reprendre le mordançage pendant 15 secondes et rincer à nouveau tel que décrit précédemment.

6. Second séchage

But du second séchage : **Éviter que l'humidité ne réduise l'affinité de l'adhésif pour la surface de l'émail et n'empêche la pénétration de la résine dans les micropores créés par le mordançage.**

Sécher chaque surface complètement pendant 15 à 30 secondes. Utiliser un jet d'air propre, sec et sans huile.

7. Vérification du mordançage

But de la vérification du mordançage : **Évaluer cliniquement la qualité du mordançage.**

La surface mordancée doit être mate, crayeuse, blanche sans aucune trace d'humidité. Si tel n'est pas le cas, isoler à nouveau et répéter toutes les étapes de l'application du conditionneur.

Une contamination, à ce stade, risquerait d'affecter la rétention, une pellicule organique pouvant alors se déposer rapidement dans les micropores de l'émail mordancé. Dans le cas d'une contamination accidentelle par la salive de la surface mordancée, isoler la dent à traiter, reprendre le mordançage pendant 5 à 10 secondes et rincer à nouveau tel que décrit précédemment.

8. Application et polymérisation de l'agent de scellement

But de l'application : **Couvrir entièrement la surface à protéger et mordancée.**

But de la polymérisation : **Polymériser la résine.**

Utiliser l'applicateur fourni avec le produit : pinceau, éponge ou canule.

Faire glisser la résine dans les puits et fissures du mésial vers le distal et du buccal vers le lingual. Éviter les crêtes marginales. Éviter absolument de dépasser la surface mordancée et de toucher les tissus gingivaux. Une mince couche est suffisante. Faire glisser la résine afin d'éviter l'incorporation de bulles d'air. Si on observe une bulle d'air, il est possible de l'enlever à l'aide de l'explorateur.

Tenir l'embout de la lampe à polymériser le plus près possible de la surface à polymériser. S'assurer d'exposer uniformément (pendant 30 secondes ou selon les instructions du fabricant) à la lumière toutes les parties de la résine. Il arrive que la section postérieure soit plus difficile à atteindre.

On examine l'agent de scellement alors que le champ opératoire est propre et sec. Il est possible de remplir les lacunes et d'accroître la superficie de la résine sans mordancer l'émail de nouveau s'il n'y a pas eu contamination.

Essuyer le film de résine non polymérisé à la surface de l'agent de scellement à l'aide d'un rouleau de coton et rincer à l'aide du jet air-eau.

9. Vérification de l'adhérence de la résine

But de la vérification de l'adhérence de la résine : **Évaluer cliniquement la qualité de l'agent de scellement.**

Les résines atteignent leur niveau optimal d'adhérence peu de temps après la polymérisation. Pour vérifier cette adhérence, on passe un explorateur tout autour du bord de l'agent de scellement et on essaie de détacher celui-ci de l'émail. Si une correction est immédiatement nécessaire, isoler à nouveau et effectuer un mordançage de 15 secondes ainsi que les étapes décrites. Si un surplus de résine est présent, il est enlevé à l'aide de l'explorateur, d'une curette ou d'une fraise ronde sur pièce à main à basse vitesse pour corriger la forme des agents de scellement. On peut utiliser une cire occlusale ou un papier articulateur pour détecter les points saillants. On doit passer le fil de soie dentaire afin de s'assurer que le point de contact est libre de scellant. On peut faire une application topique de fluorure immédiatement après avoir terminé l'application des agents de scellement.

Facteurs influant la durée d'adhérence

Deux facteurs déterminent la durée d'adhérence, soit la précision de la technique et la contamination.

a) **Précision de la technique**

On doit exécuter avec soin chaque étape de la préparation de la dent et de l'application de l'agent de scellement. Une mauvaise technique constitue sans doute la principale cause de la perte prématurée des agents de scellement.

b) **Effet de la contamination**

Tout contact de la surface mordancée de l'émail avec de la salive, de l'eau ou tout autre contaminant avant l'application de la résine réduit de manière importante l'efficacité de cette dernière.

Réapplication de l'agent de scellement

Si l'agent de scellement se détache de la dent et expose des puits et fissures à risque élevé de carie, le remplacement ou une correction de la résine s'impose.

On doit alors consulter les instructions du fabricant. Généralement, on doit préparer la dent de la même façon qu'avant l'application initiale. Il est toujours essentiel de mordancer de nouveau la surface de la dent.

Les agents de scellement peuvent être affectés par les phénomènes d'attrition et d'abrasion. Même si la résine superficielle est réduite, celle qui se trouve dans les puits et les fissures et qui a pénétré dans les micropores de l'émail demeure en place et continue à protéger la dent.

Complémentarité des mesures préventives

L'application des agents de scellement doit se faire dans le cadre d'un programme préventif complet. Les agents de scellement protègent en effet les faces avec puits et sillons, mais l'apport de fluorure systémique et topique est essentiel pour assurer la protection de toutes les autres surfaces.

Références

Kandelman, Daniel et coll. *La dentisterie préventive*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 1989, chapitre 14.

Murray, J.J. *The Prevention of Dental Disease*, Oxford University Press, chapitre 5.

Wilkins, Esther M. *Prévention et traitement en hygiène dentaire*, 6e édition, Boucherville, Gaétan Morin éditeur, 1991, chapitre 30.

Woodall, Irene R. *Comprehensive Dental Hygiene Care*, St-Louis, Mosby, 1993, chapitre 22.

ANNEXE 6

FICHES DE COMPILATION DES ACTIVITÉS

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
MONTÉRÉGIE

DIRECTION [redacted]

PROGRAMME PUBLIC DE SERVICES DENTAIRES PRÉVENTIFS

FICHE DE COMPILATION DES ACTIVITÉS

Activités ponctuelles de groupe incontournables

CLSC :
Année scolaire :

Lieu	N^bre d'enfants total	N^bre d'enfants rejoints		
		Maternelle		
		N^bre de groupes	N^bre d'enfants	N^bre de parents (facultatif)
Total				

L'année scolaire s'échelonne du 1er septembre au 31 août de chaque année.

Veuillez retourner la grille dûment complétée au plus tard le 7 septembre de l'année scolaire suivante.

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
MONTÉRÉGIE

DIRECTION [redacted]

PROGRAMME PUBLIC DE SERVICES DENTAIRES PRÉVENTIFS

FICHE DE COMPILATION DES ACTIVITÉS

Activités ponctuelles individuelles incontournables

(maternelle)

CLSC :
Année scolaire :

Lieu	N^bre d'enfants		B.E.T.		Vulnérabilité									N^bre d'enfants vulnérables (programme)	N^bre d'enfants vulnérables retenus (CLSC)
					Zones de gravité										
	Total	Exam.	Carie	Autres	ant.	Postérieur 6 et +	5	4	3	2	1	f. et s.	autres		
Total															

L'année scolaire s'échelonne du 1^er septembre au 31 août de chaque année.

Veuillez retourner la grille dûment complétée avant le 7 septembre de l'année scolaire suivante.

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
MONTÉRÉGIE

DIRECTION [redacted]

PROGRAMME PUBLIC DE SERVICES DENTAIRES PRÉVENTIFS

FICHE DE COMPILATION DES ACTIVITÉS

Activités ponctuelles individuelles incontournables

(première année)

CLSC :
Année scolaire :

Lieu	N^bre d'enfants		B.E.T.		[redacted]									N^bre d'enfants vulnérables (programme)	N^bre d'enfants vulnérables retenus (CLSC)
	Total	Exam.	Carie	Autres	Zones de gravité										
					ant.	[redacted] 6 et +	5	4	3	2	1	f. et s.	autres		
Total															

L'année scolaire s'échelonne du 1er septembre au 31 août de chaque année.

Veuillez retourner la grille dûment complétée avant le 7 septembre de l'année scolaire suivante.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX MONTÉRÉGIE

Direction [redacted]

PROGRAMME PUBLIC DE SERVICES DENTAIRES PRÉVENTIFS

FICHE DE COMPILATION DES ACTIVITÉS

Interventions individuelles incontournables

(maternelle)

CLSC :
Année scolaire :

Lieu	N^bre d'enfants inscrits au suivi	N^bre d'enfants qui ont reçu		N^bre d'enfants			Scellants		
		1^er suivi	2^e suivi	indice de débris	instructions d'hygiène	fluorures topiques	N^bre d'enfants	N^bre dents scellées	
								nouveaux	reprises
Total nombre absolu									
Total %									

L'année scolaire s'échelonne du 1^er septembre au 31 août de chaque année.

Veuillez retourner la grille dûment complétée avant le 7 septembre de l'année scolaire suivante.

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
MONTÉRÉGIE

[redacted]

PROGRAMME PUBLIC DE SERVICES DENTAIRES PRÉVENTIFS

FICHE DE COMPILATION DES ACTIVITÉS

Interventions individuelles incontournables

(première année)

CLSC
Année scolaire :

Lieu	**N^bre d'enfants inscrits au suivi**	**N^bre d'enfants qui ont reçu**		**N^bre d'enfants**			**Scellants**		
		1^er suivi	**2^e suivi**	**indice de débris**	**instructions d'hygiène**	**fluorures topiques**	**N^bre d'enfants**	**N^bre dents scellées**	
								nouveaux	**reprises**
Total nombre absolu									
Total %									

L'année scolaire s'échelonne du 1^er septembre au 31 août de chaque année.

Veuillez retourner la grille dûment complétée avant le 7 septembre de l'année scolaire suivante.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX MONTÉRÉGIE

[redacted]

PROGRAMME PUBLIC DE SERVICES DENTAIRES PRÉVENTIFS

FICHES DE COMPILATION DES ACTIVITÉS

Interventions individuelles incontournables

(deuxième année)

CLSC :	
Année scolaire :	

Lieu	N^bre d'enfants inscrits au suivi	N^bre d'enfants qui ont reçu		N^bre d'enfants			Scellants		
		1er suivi	2e suivi	indice de débris	instructions d'hygiène	fluorures topiques	N^bre d'enfants	N^bre dents scellées	
								nouveaux	reprises
Total nombre absolu									
Total %									

L'année scolaire s'échelonne du 1er septembre au 31 août de chaque année.

Veuillez retourner la grille dûment complétée avant le 7 septembre de l'année scolaire suivante.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX MONTÉRÉGIE

DIRECTION [redacted]

PROGRAMME PUBLIC DE SERVICES DENTAIRES PRÉVENTIFS

FICHE DE COMPILATION DES ACTIVITÉS

Interventions individuelles incontournables

(troisième année)

CLSC :	
Année scolaire :	

Lieu	N^bre d'enfants inscrits au suivi	N^bre d'enfants qui ont reçu		N^bre d'enfants			Scellants					
		1^er suivi	2^e suivi	indice de débris	instructions d'hygiène	fluorures topiques	N^bre d'enfants	1^re molaires scellées			N^bre dents scellées	
								bureau	CLSC	Total	nouveaux	reprises
Total nombre absolu												
Total %												

L'année scolaire s'échelonne du 1^er septembre au 31 août de chaque année.

Veuillez retourner la grille dûment complétée avant le 7 septembre de l'année scolaire suivante.

BIBLIOGRAPHIE

1. NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH. Consensus development conference statement. Dental sealants in the prevention of tooth decay. J Dent Educ 1984; 48 (suppl.) : 126-131.

2. RIPA, L.W. The Current status of pit and fissure sealants. A review. J Can Dent Assoc 1985; 51 : 367-380.

3. ISMAÏL, A.I., W., King, C.D., Clark. An evaluation of the Saskatchewan pit and fissure sealant program : A longitudinal follow-up. J Publ Health Dentistry 1989; 49(4) : 206-211.

4. CALDERONE, J., J. Davis. The New Mexico sealant program : A progress report. J Public Health Dent 1987; 47(3) : 145-149.

5. NICKERSON, A. Sealants in a school-based preventive program : A six month evaluation Quintessence Int 1988; 4(4) : 565-568.

6. BOUCHER, B.S., J.P., Daniel, R.H., Selwitz. Environmental considerations for school-based dental sealant programs. J Pub Health Dent 1989; 49(2) : 106.

7. LAVALLÉE, A., P. Corbeil. Projet pilote visant la faisabilité de l'application des agents de scellement des puits et sillons dans le Programme public de services dentaires préventifs au CLSC et CHSLD Champagnat de la Vallée des Forts. Avril 1998.

8. PINEAULT, R., C. Daveluy. La planification de la santé : Agence d'Arc Inc. 1986, : 411-421.

9. DUROCHER, J., J.M. Brodeur. Évaluation de l'application du Programme public de services dentaires préventifs. Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, Direction générale de la santé publique 1998.

PROGRAMME PUBLIC DE SERVICES DENTAIRES PRÉVENTIFS

Voici l'adaptation pour l'année 2001 du Programme public de services dentaires préventifs (PPSDP) en Montérégie rendue nécessaire par de nouvelles données épidémiologiques et les très diverses applications du programme dans la région.

Le document dégage les lignes directrices du PPSDP tout en soulignant des éléments incontournables tels le dépistage de tous les enfants à risque de carie à la maternelle, le suivi préventif individualisé pour les enfants dépistés, l'intégration de l'application des agents de scellement lorsque requis et l'inclusion d'interventions préventives pour les enfants de 0 à 5 ans.

Par ailleurs, le lecteur pourra prendre connaissance du protocole sur les modalités et techniques d'application des agents de scellement dans le programme. On y propose également des pistes de solution pour les CLSC afin d'optimiser la réalisation du programme sur le terrain. Et finalement, le document présente des recommandations touchant l'organisation de séances annuelles de mise à jour des connaissances, l'élaboration d'indicateurs d'évaluation et de stratégies de financement.

Nul doute qu'il s'agit d'un document précieux pour ceux qui travaillent dans le domaine de la santé dentaire publique.

Bonne Lecture!

PIERRE CORBEIL